

Status

Activo

PolicyStat ID

17885695



Origination: 08/2017

Last Approved: 04/2025

Effective: 01/2025

Last Revised: 04/2025

Next Review: 03/2028

Owner: Jennifer Headen:
HCS Dir Patient
Access

Policy Area: Finance -
Corporate
Controller

Applicability: UNCHCS -
APP,BR,CAL,CHA,JOH,LEN,MC

Política de reducción de deuda médica hospitalaria y asistencia financiera para pacientes.

APLICABILIDAD:

Esta política aplica a las siguientes entidades (en esta política se hace referencia a las mismas de manera colectiva como «UNC Health») (**La letra en negrita indica una entidad de propiedad**):

✓ Appalachian Regional Healthcare System	Onslow Memorial Hospital / Onslow Ambulatory Services
✓ Blue Ridge HealthCare System	✓ Rex Healthcare / Rex Hospital
✓ Caldwell Memorial Hospital	✓ Southeastern Regional Medical Center
✓ Chatham Hospital	✓ UNC Health Care System / UNC Medical Center*
✓ Johnston Health	✓ UNC Physicians Network
✓ Lenoir Memorial Hospital	✓ UNC Physicians Network Group Practices / UNC Physicians Group Practices II
✓ Margaret R. Pardee Memorial Hospital	✓ UNC Rockingham Health Care / UNC Rockingham Hospital
✓ Nash Healthcare System/Nash Hospitals	✓ Wayne Memorial Hospital
✓ North Chapel Hill Surgery Center	

***UNC Medical Center incluye todas las instalaciones de UNC Hospitals (incluyendo el campus de Hillsborough) y los programas de atención clínica de pacientes de la Escuela de Medicina de UNC-Chapel Hill (School of Medicine of UNC-Chapel Hill) (incluyendo UNC Faculty Physicians).**

I. Descripción

Política para ofrecer (i) asistencia financiera y (ii) reducción de deuda médica a pacientes por servicios en las entidades de UNC Health indicadas en la sección Aplicabilidad. De conformidad con las regulaciones federales, esta política incluye (Anexo D) una lista en la que se puede identificar qué proveedores de UNC Health aceptarán o no esta Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP).

II. Fundamento

Como parte de su misión, UNC Health proporciona atención a los residentes de Carolina del Norte que no tienen seguro o que tienen un seguro médico deficiente y no pueden pagar por los servicios de atención de salud que son médicamente necesarios. El propósito de esta política es usar recursos de asistencia financiera disponibles para que UNC Health maximice la disponibilidad de servicios de atención médica para personas de Carolina del Norte de manera efectiva, equitativa y coherente.

Esta política no afecta ni limita la dedicación, ni la obligación de UNC Health en virtud de EMTALA para tratar pacientes con afecciones médicas de emergencia independientemente de la capacidad del paciente para pagar los servicios.

III. Política

UNC Health debe tener organizado un programa de asistencia financiera y un programa de reducción de deuda médica diseñado para ayudar a brindar la atención médica necesaria a los residentes de Carolina del Norte. Con este fin, un comité de supervisión de asistencia financiera, (llamado en inglés Financial Assistance Oversight Committee, FAOC) supervisará todos los aspectos del programa de asistencia financiera y de reducción de deuda médica, que incluye la asistencia financiera para farmacia y la asistencia financiera para trasplante, que están cubiertos en políticas separadas.

Se publicará un resumen de los requisitos estándar, beneficios y costos anuales en las áreas de servicio y en los sitios de Internet y se incluirán los métodos y las personas de contacto para solicitar la asistencia. Un resumen de esta política se ofrecerá a todos los pacientes ingresados; hospitalizados y ambulatorios. La política en su totalidad se puede obtener comunicándose con el Oficial de Registros Públicos (Public Records Officer).

La asistencia financiera y la reducción de deuda médica cuenta con los siguientes componentes:

- A. Descuentos para servicios no cubiertos por seguro
- B. Ayuda financiera presunta
- C. Asistencia financiera
- D. Ayuda financiera en caso de catástrofe
- E. Reducción/donación de la deuda médica
- F. Limitación de cobros y montos generalmente facturados
- G. Acciones que pueden emprenderse en caso de impago

UNC Health y su red de entidades asociadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente, por motivos de raza, origen étnico, color, cultura, religión, idioma, nacionalidad de origen, edad, discapacidad física o mental, nivel socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género.

El aviso de no discriminación completo se encuentra en el Anexo E.

UNC Health cumple con la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y de Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) y con las disposiciones sobre atención médica de emergencia de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code). En consecuencia, UNC Health presta atención, sin discriminar, a personas que están en un estado médico de emergencia, independientemente de que reúnan o no los requisitos de la política de asistencia financiera o «FAP». UNC Health no participa en acciones que desincentiven a las personas que busquen atención médica de emergencia, como por ejemplo exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia sin discriminación.

A. Descuentos para servicios no cubiertos por seguro

Las personas que no tengan cobertura del seguro médico, ni cobertura por seguros de terceros (p. ej.: cobertura de responsabilidad civil del automóvil ante terceros) o que reciban servicios que no cubre su seguro médico, calificarán para un descuento del 40 %, si cumplen con **todos** los siguientes requisitos:

1. Servicios médicamente necesarios
2. Facturado a y procesado por el seguro del paciente
3. No se considera un servicio excluido para los servicios de las categorías 3 y 4 que figuran en la Tabla de excepciones de la asistencia financiera (Anexo A)
4. El servicio generalmente está cubierto por un seguro médico, Y
5. El servicio es denegado por el seguro médico del paciente ya que el paciente es responsable del 100 % de los cargos brutos.

Esta cobertura está destinada a aplicarse en circunstancias muy limitadas y no pretende ampliar los servicios que son elegibles para el descuento del 40 % para personas sin seguro. El descuento para personas sin seguro se otorgará sin considerar los ingresos o situación como residente de Carolina del Norte. No es necesario que los pacientes completen una solicitud para recibir el descuento para personas sin seguro.

Los pacientes con seguro OOS Medicaid que soliciten servicios que no impliquen a EMTALA se considerarán sin seguro y elegibles para el descuento de 40 % para personas sin seguro. Consulte [la Política de pago para pacientes de Medicaid de fuera del estado \(OOS\)](#).

El FAOC revisará el porcentaje del descuento periódicamente para asegurar la igualdad de los cargos entre todos los pacientes: los que tienen seguro, los que no tienen seguro y los que reciben asistencia financiera.

Los pacientes sin seguro que finalmente califican para recibir asistencia financiera y hayan recibido previamente un ajuste de descuento sin seguro recibirán un ajuste de asistencia financiera que totalizará el saldo del paciente en el momento de la aprobación de la asistencia financiera. El descuento para los pacientes sin seguro médico no se revertirá. Como resultado, el monto del ajuste del descuento para los pacientes sin seguro médico y el ajuste de asistencia financiera registrada en la misma cuenta es igual al ajuste total de asistencia financiera para los efectos del informe financiero.

B. Elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera

I. Criterios de elegibilidad presunta no relacionados con los ingresos

A partir del 1 de enero de 2025, la elegibilidad presunta de un paciente para recibir asistencia financiera se puede determinar aplicando criterios no relacionados con los ingresos debido a las circunstancias. El paciente debe residir en Carolina del Norte y confirmar, como mínimo, uno de los siguientes criterios no relacionados con los ingresos:

- A. no tiene hogar,
- B. incapacidad mental, no tiene a nadie que actúe en su nombre,
- C. está inscrito en Medicaid o tiene un hijo en casa que está inscrito en Medicaid,
- D. está inscrito en otros programas públicos de ayuda, entre ellos:
 - 1. El Programa WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños)
 - 2. El Programa SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
 - 3. El Programa TANF (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)

La asistencia financiera presunta no relacionada con los ingresos es un beneficio que cancelará el 100 % del saldo adeudado por el paciente por todos los servicios médicamente necesarios, excepto por servicios estéticos, según lo define la Política de cobertura clínica de la División de Beneficios de Salud (Division of Health Benefits, DHB) número: I-O-I, saldos cubiertos por fuentes de financiación externas y copagos de seguros médicos.

2. Selección y notificación de elegibilidad presunta

Los pacientes contestarán las preguntas de evaluación para determinar si reúnen los requisitos para recibir la asistencia financiera no relacionada con los ingresos y se les notificará de la decisión. Una respuesta afirmativa a las preguntas de evaluación, junto con la confirmación firmada, por parte del paciente constituirá una aprobación de la elegibilidad presunta no relacionada con los ingresos para personas que no tengan hogar, inscripción en Medicaid o en otros programas de asistencia pública sujetos a verificación de recursos. La incapacidad mental atestiguada en el expediente médico por el proveedor responsable o determinada mediante la documentación legal apropiada en el expediente médico del paciente constituirá una aprobación.

- A. Para los servicios programados que no sean de emergencia, los pacientes serán evaluados según criterios no relacionados con los ingresos antes o durante el registro. Una vez que se toma una determinación, se notificará al paciente de la decisión antes de la salida.
- B. Para los servicios recibidos en la sala de emergencias, los pacientes serán evaluados lo antes posible y antes del alta, si es posible. Se notificará al paciente de la decisión antes de emitir una factura por los servicios.

3. Disponibilidad presunta de asistencia financiera

- A. Si se considera que un paciente tiene elegibilidad presunta para recibir la asistencia financiera, la elegibilidad del paciente será válida en las entidades afiliadas a UNC Health que cubre esta política. Consulte el Anexo D para conocer las excepciones.
- B. UNC Physicians Network Group Practices, LLC y UNC Physicians Group Practices II, LLC no reconocen y están excluidos de participar en la asistencia financiera presunta por los servicios que prestan en sus clínicas.

- C. Sin perjuicio de las disposiciones de esta política, Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers de Raleigh y Apex, y UNC Rockingham Rehabilitation & Nursing Care Center pueden negarse a aceptar a un paciente nuevo sin recursos financieros, incluyendo un paciente nuevo que tenga asistencia financiera presunta.
- D. No es necesario que los pacientes completen una solicitud ni presenten documentos justificativos para determinar la elegibilidad presunta.
- E. La asistencia financiera solo cubre los servicios que se consideren médicamente necesarios por Medicare, Medicaid y los estándares del sector de la salud. La asistencia financiera no cubrirá los costos asociados con los servicios estéticos según lo define la Política de Cobertura Clínica de la División de Beneficios de Salud número: I-O-I, saldos cubiertos por fuentes de financiación externas y copagos de seguros médicos.
- F. Las fuentes de financiación externa incluyen, entre otras, seguros médicos privados, financiación de agencias, Medicare o Medicaid. La asistencia financiera se aplicará a los saldos después de que se hayan cobrado todas las coberturas de terceros y no se aplicará a los copagos del seguro médico. Los pacientes con seguro médico serán responsables de los copagos según lo determine su plan de seguro médico.
- G. Para los servicios de la sala de emergencias, UNC Health cobrará una tarifa a los pacientes con y sin seguro médico, la que sea mayor entre lo que deba el paciente de acuerdo con el porcentaje de descuento y \$35, sin exceder el costo compartido del plan de seguro médico del paciente, si el paciente tiene seguro médico.
1. **Los pacientes con seguro médico:** pagarán la cantidad que sea mayor entre una tarifa calculada sobre la base de un porcentaje de descuento o \$35, pero no más de lo que requiera el seguro.
Ejemplo de un paciente con seguro médico:
Tarifa basada en porcentaje: \$50
Tarifa mínima: \$35
Límite de costo compartido del seguro: \$45
El valor mayor entre \$50 (tarifa basada en porcentaje) y \$35 es \$50
Sin embargo, esta tarifa no puede exceder el límite de costo compartido del seguro que es de \$45.
Tarifa final: \$45
 2. **Los pacientes sin seguro:** pagarán la cantidad que sea mayor entre una tarifa basada en porcentaje o \$35.
Ejemplo de un paciente sin seguro médico:
Tarifa basada en porcentaje: \$50
tarifa mínima: \$35
El valor mayor entre \$50 (tarifa basada en porcentaje) y \$35 es \$50
Tarifa final: \$50
- H. Se revisará la elegibilidad presunta de Medicaid de los pacientes sin seguro que confirmen los requisitos o a los que se les considere que califiquen. Los pacientes con elegibilidad presunta deben solicitar Medicaid. Los ajustes de la asistencia financiera presunta se pospondrán hasta después de la decisión final de Medicaid.
- I. Si un paciente no coopera con la solicitud de Medicaid, o si en la determinación se indica que fue rechazado por falta de cooperación, es posible que no se apliquen los ajustes de la asistencia financiera.
- J. La determinación de elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera tendrá vigencia prospectiva durante 6 meses a partir de la fecha de aprobación.
- K. Los pacientes internacionales, definidos como pacientes que son ciudadanos de un país extranjero y que han entrado a los

Estados Unidos mediante una visa, en vigor o vencida, de cualquier tipo, no tienen elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera y estos casos se tratan en una Política para pacientes internacionales por separado.

C. Asistencia financiera

I. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

Los residentes de Carolina del Norte que no reúnan los requisitos de elegibilidad presunta pueden solicitar la asistencia financiera y se considerarán todas las solicitudes. Los residentes de Carolina del Norte que reúnan los requisitos de elegibilidad presunta pueden solicitar asistencia financiera retroactiva y se considerarán todas las solicitudes. Se facilitará un formulario de solicitud a toda persona que lo pida o que se determine que tiene una necesidad financiera Y que reúne los requisitos de elegibilidad conforme a las Definiciones de los Requisitos para el Programa de Asistencia Financiera (Anexo C).

Las determinaciones de asistencia financiera se hacen sobre la base de los ingresos del hogar del paciente si son iguales o inferiores al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza según el tamaño de la familia y situación de residencia en Carolina del Norte.

La asistencia financiera es un beneficio en el que el saldo adeudado del paciente se descontará como se indica a continuación, excepto los servicios estéticos según lo define la División de Beneficios de Salud (Division of Health Benefits, DHB), los saldos cubiertos por fuentes de financiación externas y los copagos del seguro médico.

1. Descuento del 100% del saldo adeudado por el paciente con ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza para el tamaño de la familia.
2. Descuento del 75% del saldo adeudado por el paciente con ingresos familiares entre el 201% y el 250% de las Pautas Federales de Pobreza para el tamaño de la familia.
3. Descuento del 50 % del saldo adeudado por el paciente con ingresos familiares entre el 251% y el 300% de las Pautas Federales de Pobreza para el tamaño de la familia.

2. Solicitud y notificación de la asistencia financiera

- A. Los pacientes pueden presentar una solicitud de asistencia financiera antes de su primera visita a UNC Health.
- B. Una vez que se haya tomado la determinación con respecto a la elegibilidad para la asistencia financiera, se notificará al paciente por escrito.
- C. Si hace falta más información, se enviará una solicitud de información adicional a la dirección del paciente que figura en nuestros archivos. Si la solicitud permanece incompleta durante más de 60 días a partir de la fecha de la carta en la que se pide información adicional, la solicitud será rechazada y se le pedirá al paciente que presente una nueva solicitud y los documentos justificativos.
- D. El paciente tiene derecho a apelar una solicitud denegada para la asistencia financiera. La apelación será revisada por la directiva de asistencia financiera (Financial Assistance Leadership). Se notificará al paciente por escrito sobre el resultado de la apelación.
- E. Si cambian los ingresos o el tamaño de la familia de un paciente al que anteriormente se le negó la asistencia financiera, el paciente puede presentar una nueva solicitud con la documentación justificativa.

3. Disponibilidad de la asistencia financiera

- A. UNC Health publicará las notificaciones según lo exija la ley con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera. Los pacientes que requieran asistencia financiera o que creen que requieran dicha asistencia serán remitidos a un orientador financiero o a un especialista en asistencia financiera.
- B. UNC Health proporcionará de manera afirmativa avisos y folletos a los médicos y centros de salud en la comunidad con la información de contacto y cómo obtener una solicitud. Los centros de salud en la comunidad en los que se realizan evaluaciones equivalentes de solicitantes de ayuda financiera, podrían considerarse como circunstancias extraordinarias aceptables; por lo cual sería posible expeditar la solicitud y el proceso de solicitud. (Anexo C1)
- C. No obstante las disposiciones de esta política, UNC Physicians Network Group Practices, LLC, UNC Physicians Group Practices II, LLC, y Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers de Raleigh y Apex, y UNC Rockingham Rehabilitation & Nursing Care Center pueden negarse a aceptar a un paciente nuevo sin recursos financieros, incluyendo un paciente nuevo que tiene la asistencia financiera.
- D. UNC Health no remitirá a una agencia de cobros externa ninguna factura sin pagar del paciente durante el plazo de tramitación de su solicitud para obtener asistencia financiera, lo que no puede exceder un período de 120 días. Los pacientes continuarán recibiendo estados de cuenta informativos durante este periodo de tiempo. Si los 120 días se cumplen antes de la determinación final de la solicitud o si la solicitud es denegada, el ciclo del estado de cuenta se reanudará después de reducir un ciclo (30 días).
- E. Si se considera que un paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia financiera, la elegibilidad del paciente será válida en las entidades afiliadas a UNC Health cubiertas por esta política. Consulte el Anexo D para conocer las excepciones.
- F. Los pacientes solo recibirán los ajustes de la asistencia financiera una vez que se hayan agotado todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente y si el paciente no cuenta con los ingresos suficientes para cubrir los gastos por cuenta propia según lo define UNC Health. Otros recursos financieros incluyen, pero no se limitan a, seguro médico privado, financiación de una agencia, Medicare o Medicaid.
- G. Si la solicitud de asistencia financiera se aprueba, la asistencia financiera se aplicará a los saldos después de que se hayan cobrado todas las coberturas de terceros. Siempre que haya financiación de una agencia disponible, ya sea que se haya aprobado o no la asistencia financiera al paciente, la financiación por parte de la agencia se debe obtener antes de que se programe el servicio y sea cubierto por la asistencia financiera. Si el servicio se programa antes de que se complete el proceso de solicitar la financiación por parte de la agencia, el servicio deberá marcarse para excluirlo de la asistencia financiera.
- H. Para los servicios de la sala de emergencias, UNC Health cobrará una tarifa a los pacientes con y sin seguro médico, la que sea mayor entre lo que deba el paciente de acuerdo con el porcentaje de descuento y \$35, sin exceder el costo compartido del plan de seguro médico del paciente, si el paciente tiene seguro médico.
 - I. **Los pacientes con seguro médico:** pagarán la cantidad que sea mayor entre una tarifa calculada sobre la base de un porcentaje de descuento o \$35, pero no más de lo que requiera el seguro.
Ejemplo de un paciente con seguro médico:
Tarifa basada en porcentaje: \$50
tarifa mínima: \$35
Límite de costo compartido del seguro: \$45
El valor mayor entre \$50 (tarifa basada en porcentaje) y \$35 es \$50
Sin embargo, esta tarifa no puede exceder el límite de costo compartido del seguro que es de \$45.
Tarifa final: \$45

2. **Los pacientes sin seguro:** pagarán la cantidad que sea mayor entre una tarifa basada en porcentaje o \$35.

Ejemplo de un paciente sin seguro médico:

Tarifa basada en porcentaje: \$50

tarifa mínima: \$35

El valor mayor entre \$50 (tarifa basada en porcentaje) y \$35 es \$50

Tarifa final: \$50

- I. A partir del primero de enero de 2025, la determinación de elegibilidad para recibir la asistencia financiera tendrá vigencia prospectiva durante 6 meses a partir de la fecha de aprobación y retroactiva para todos los saldos elegibles que haya asumido el paciente antes de la aprobación de la solicitud de asistencia financiera.
- J. Los reembolsos de los pagos hechos por los pacientes se emitirán cuando así lo requieran las pautas federales, conforme a lo dispuesto en las políticas y procedimientos del Sistema de Salud que sean aplicables.
- K. La asistencia financiera solo cubre los servicios que se consideren médicamente necesarios por Medicare, Medicaid y los estándares del sector de la salud. La asistencia financiera no cubrirá los costos asociados con operaciones estéticas según lo define la Política de Cobertura Clínica de la División de Beneficios de Salud, ni los saldos cubiertos por fuentes de financiación externas.
- L. Los pacientes de Medicare que tienen elegibilidad para los programas de Medicaid MQB-B y MQB-E, reúnen los requisitos para un ajuste del saldo restante de la asistencia financiera después del pago de Medicare y de otros terceros pagadores que correspondan, excepto por los saldos ocasionados en Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers y en UNC Rockingham Rehabilitation and Nursing Care Center. La confirmación de elegibilidad del paciente para recibir Medicaid MQB-B o MQB-E en la fecha de servicio, se hará a través del sistema electrónico de verificación de Medicaid o del pago remitido por Medicaid en lugar de la solicitud de asistencia financiera.
- M. Para pacientes con ingresos entre el 200 y el 300% de las Pautas Federales de Pobreza, UNC Health ofrecerá un plan de pago que no exceda un periodo de 36 meses con pagos mensuales que no superen el 5 % de los ingresos mensuales del hogar («Plan de 36 meses y 5 % de los ingresos»). UNC Health puede ofrecer planes de pago alternativos que excedan los 36 meses, pero el monto total cobrado al paciente—incluido el capital y los intereses—no excederá lo que se hubiera cobrado con el «Plan de 36 meses y 5 % de los ingresos».
- N. Los pacientes con cobertura de seguro primario que hayan sido aprobados para recibir la asistencia financiera no calificarán para el beneficio de dicho programa, a menos que el paciente haya cumplido con los términos y requisitos de su cobertura de seguro primario.
 1. UNC Health no proporcionará ajustes de asistencia financiera para los servicios cuando un paciente asegurado elija utilizar un centro o proveedor de UNC Health fuera de la red (no contratado) para servicios que no sean de emergencia. Ver [Política de pago para pacientes fuera de la red \(OON\)](#)
 2. Los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera que reciben atención de emergencia y de posestabilización por fuera de la red (no contratados) serán elegibles para el beneficio de asistencia financiera hasta que el paciente dé su consentimiento y pueda ser trasladado de manera segura a un centro dentro de la red.
- O. Los pacientes internacionales, definidos como pacientes que son ciudadanos de un país extranjero y que han entrado a los Estados Unidos mediante una visa, en vigor o vencida, de cualquier tipo, no tienen elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera y estos casos se tratan en una [Política para pacientes internacionales por separado](#).

D. Ayuda financiera en caso de catástrofe

El propósito de la política de asistencia financiera en caso de catástrofe es usar los recursos disponibles de la asistencia financiera de UNC Health para prestar los servicios de atención médica que necesitan las personas que sufran un evento médico catastrófico, independientemente de su situación como residentes de Carolina del Norte, y hacerlo de la manera más consecuente, equitativa y eficaz posible.

UNC Health tendrá un programa de asistencia financiera en caso de catástrofe diseñado para ayudar a proporcionar la atención médica necesaria en la medida en la que haya recursos disponibles.

El comité de supervisión de asistencia financiera supervisará todos los aspectos del programa de ayuda financiera en caso de catástrofe.

I. Criterios de elegibilidad en caso de catástrofe

Los pacientes a los que se les deniegue la asistencia financiera porque sus ingresos superan el 300% de los criterios federales de pobreza o debido a su estado de residencia serán considerados para la asistencia financiera en caso de catástrofe (Catastrophic Financial Assistance).

- A. Para ser considerado para asistencia financiera en caso de catástrofe, los saldos existentes de pacientes de UNC Health, tras haber agotado los demás recursos financieros disponibles, deberían resultar en una proporción entre la deuda médica y los ingresos superior o igual al 20%.
- B. Si se aprueba la asistencia financiera en caso de catástrofe, se considerarán los saldos del paciente que excedan el 20 % de los ingresos familiares para la asistencia financiera en caso de catástrofe.
 - I. Por ejemplo, si una familia cuenta con un ingreso anual de \$75,000, los saldos combinados después de todos los otros medios de pago deben ser, como mínimo, de \$15,000. La deuda médica al momento de la aprobación que exceda los \$15,000 se considerará para asistencia financiera en caso de catástrofe.
- C. La asistencia financiera en caso de catástrofe puede otorgarse una vez cada 12 meses desde la fecha de aprobación anterior.
- D. Se considerarán los saldos en estado de deuda incobrable o que ya están en manos de agencias de cobros. Los futuros saldos no se tendrán en cuenta.
- E. El cálculo de la deuda médica incluirá saldos que pueden haber disminuido debido al descuento para personas sin seguro médico.
- F. Para la asistencia financiera en caso de catástrofe, se considerarán en el cálculo de la deuda médica todas las cuentas por las cuales el garante es responsable. Los servicios de otro modo excluidos de la ayuda financiera pueden ser incluidos en el cálculo de la deuda médica para la asistencia financiera en caso de catástrofe.
- G. Cuando se aprueba la asistencia financiera en caso de catástrofe, se registra la fecha de aprobación. Si existen saldos en espera del pago de terceros, el ajuste de los saldos se pospondrá hasta que se haya pagado toda la cobertura de terceros. Todos los saldos restantes del paciente de las fechas de servicio en la fecha de aprobación o antes se ajustarán entonces.
- H. Para pacientes con Medicaid pendiente, la determinación de la asistencia financiera en caso de catástrofe se pospondrá hasta después de la disposición final de Medicaid para permitir una acumulación de gastos completa y precisa.

- I. Los pacientes internacionales, definidos como pacientes que son ciudadanos de un país extranjero y que han entrado a los Estados Unidos mediante una visa, en vigor o vencida, de cualquier tipo, no tienen elegibilidad para recibir asistencia financiera en caso de catástrofe y estos casos se tratan en una Política para pacientes internacionales por separado.

E. Limitación de cobros y montos generalmente facturados

La sección 501(r)(5)(A) del Código de Impuestos Internos exige que una organización hospitalaria limite los montos que se cobran por emergencias u otra atención médicamente necesaria que se presta a personas que cumplen con los requisitos para asistencia bajo FAP de la organización (personas elegibles para FAP) a no más de los montos generalmente facturados a personas que tienen un seguro que les cubre tal atención.

UNC Health limita las cantidades facturadas a personas elegibles bajo FAP a un monto no mayor a lo que generalmente se factura a personas que tienen cobertura de seguro.

UNC Health limita las cantidades facturadas a personas elegibles bajo FAP a un monto no mayor a lo que generalmente se factura a personas que tienen cobertura de seguro. UNC Health utiliza el método de cálculo retroactivo descrito en la Sección 501(r)(5)(b)(3) en la determinación de montos generalmente facturados a personas que tienen cobertura de seguro.

Bajo el método de cálculo retroactivo, un centro hospitalario debe determinar los montos generalmente facturados para toda emergencia u otra atención médicamente necesaria que se provee a una persona elegible de FAP multiplicando los montos brutos para esa atención por uno o más porcentajes de cargos brutos, llamados porcentajes de los montos generalmente facturados. El centro hospitalario debe calcular sus porcentajes de los montos generalmente facturados con una frecuencia no menor a una vez al año mediante una división de la suma de ciertos reclamos pagados al centro hospitalario por la suma de los cargos brutos asociados a esos reclamos. Más específicamente, estos porcentajes de los montos generalmente facturados deben basarse en todos los reclamos que han sido pagados en su totalidad al centro hospitalario por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria por Pago por Servicios de Medicare solo o por Pago por Servicios de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud juntas como el/los pagador(es) primario(s) de estos reclamos durante un periodo previo de 12 meses. Con este fin, un centro hospitalario puede incluir todos los reclamos que han sido pagados en su totalidad, ambos, la parte del reclamo a cargo de Medicare o la aseguradora privada y las partes asociadas de los reclamos que pagan los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas en forma de coaseguro, copagos o deducibles. Un centro hospitalario debe comenzar a aplicar sus porcentajes de los montos generalmente facturados el día 45 luego del final del periodo de 12 meses que el centro hospitalario usó para calcular los porcentajes de los montos generalmente facturados.

UNC Health utiliza reclamos pagados por Pago por Servicio de Medicare (FFS, por sus siglas en inglés) (es decir, Medicare Tradicional) al determinar los montos generalmente facturados. UNC Health calculará este monto generalmente facturado anualmente a partir del 31 de diciembre para reclamos pagados en su totalidad o considerados como deuda incobrable para las fechas de servicio incurridas en el año fiscal anterior. Puede revisar el Anexo F para acceder a los últimos cálculos de los montos generalmente facturados de UNC Health.

Este porcentaje de cargos brutos está por debajo de los montos generalmente facturados a nuestros pacientes de Medicare FFS tal como se indica en el Anexo F.

F. Acciones que pueden emprenderse en caso de impago

Las cuentas que no estén (1) pagadas en su totalidad, (2) colocadas en un plan de pago aprobado o (3) aprobadas para

asistencia financiera dentro de los 140 días posteriores al estado de cuenta inicial del paciente se enviarán a una empresa de cobros externa. El departamento de servicios financieros para pacientes tiene la responsabilidad de determinar que se reúnan los requisitos antes mencionados y que la cuenta de un paciente pueda enviarse a una agencia de cobros externa.

G. Cambios en la política o los criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad del programa de asistencia financiera se revisarán periódicamente por el Comité de supervisión de asistencia financiera (Financial Assistance Oversight Committee). Se pueden revisar los criterios o la política en cualquier momento con base en los cambios en la capacidad financiera de UNC Health de proporcionar asistencia financiera o los cambios en las reglamentaciones estatales o federales.

Ante la ausencia de una descripción específica del programa en esta política, se usará como condición base el Manual de Medicaid de la División de Asistencia Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits, Medicaid Manual).

H. Exclusiones

La asistencia financiera es un beneficio en el que el saldo adeudado del paciente se descontará como se indica en esta política, excepto los servicios estéticos según lo define la División de Beneficios de Salud (Division of Health Benefits, DHB) número: I-O-1, saldos cubiertos por fuentes de financiación externas, copagos de seguros médicos y servicios que aparecen en el Anexo A como exclusiones.

Si se considera que un paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia financiera, la elegibilidad del paciente será válida en las entidades afiliadas a UNC Health cubiertas por esta política. Consulte el Anexo D para conocer las excepciones.

IV. Anexos

[Anexo A - Tabla de excepciones de la asistencia financiera](#)

[Anexo C - Definición de requisitos para el Programa de Asistencia Financiera](#)

[Anexo CI - Circunstancias extraordinarias y otras categorías de solicitantes](#)

[Anexo DI - Excepciones para los proveedores - UNC Hospitals](#)

[Anexo D2 - Excepciones para los proveedores - Rex Hospital](#)

[Anexo D3 - Excepciones para los proveedores - Chatham Hospital](#)

[Anexo D4 - Excepciones para los proveedores - Caldwell Memorial Hospital](#)

[Anexo D5 - Excepciones para los proveedores - Johnston Health Services](#)

[Anexo D6 - Excepciones para los proveedores - UNC Rockingham Health Care](#)

[Anexo D7 - Excepciones para los proveedores - Nash Hospitals](#)

[Anexo D8 - Excepciones para los proveedores - Wayne Memorial Hospital](#)

[Anexo D9 - Excepciones para los proveedores - Lenoir Memorial Hospital](#)

[Anexo D10 - Excepciones para los proveedores - Blue Ridge HealthCare System, Inc.](#)

[Anexo D11 - Excepciones para los proveedores - Southeastern Regional Medical Center](#)

[Anexo D12 - Excepciones para los proveedores - Margaret R. Pardee Memorial Hospital](#)

[Anexo D13 - Excepciones para los proveedores - Appalachian Regional](#)

[Anexo E - Aviso de no discriminación Anexo F - Montos generalmente facturados](#)

[Anexo H - Matriz de decisiones de asistencia financiera y descuentos para personas sin seguro](#)

Adjuntos

- [Anexo - Comité de supervisión de asistencia financiera. \('Financial Assistance Oversight Committee'\) español.pdf](#)
- [Anexos - Política de reducción de deuda médica hospitalaria y asistencia financiera.pdf](#)

Approval Signatures

Step	Approver	Fecha
	Theodore Lotchin Chief Compliance & Privacy Officer	04/2025
	Steven Pine: Assoc General Counsel - Regulatory, Manag Care and	04/2025
	Stephen Rinaldi: Chief Privacy Officer	04/2025
SYSTEM Site	Taylor Roberts: Paralegal	03/2025
	Jennifer Headen: HCS Dir Patient Access	03/2025

Applicability

Caldwell Memorial Hospital, Chatham Hospital, Johnston Health, Pardee Hospital, UNC Health Appalachian, UNC Health Blue Ridge, UNC Health Care System, UNC Health Lenoir, UNC Health Nash, UNC Health North Chapel Hill Surgery Center, UNC Health Southeastern, UNC Medical Center, UNC Physicians Network, UNC Rex Healthcare, UNC Rockingham Health Care, Wayne Memorial Hospital

Translated by UNC Health Interpreter Services, 4/2/25